

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N^o

625

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Athanas P. DULGUEROFF

Né le 7 octobre 1909 à Roustchouk (Bulgarie)

**LES ACCIDENTS BUCCAUX
DE LA CHRYSOTHÉRAPIE**

Stomatite nacrée aurique et Lichen plan buccal

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1935

626

1894

XII

1894

1894

1894

1894

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Athanas P. DULGUEROFF

Né le 7 octobre 1909 à Roustchouk (Bulgarie)

LES ACCIDENTS BUCCAUX DE LA CHRYSOTHÉRAPIE

Stomatite nacrée aurique et Lichen plan buccal

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E).. Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROCC..... Pathologie chirurgicale
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM-

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 QUENU..... Pathologie chirurgicale
 RICHEL..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 SEZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VALLÉRY-RADOT
 -(Pasteur) ... Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 HARVIER..... Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.

MM.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 FREY..... Stomatologie.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

Témoignage de mon amour filial.

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique des Maladies Cutanées
et Syphilitiques

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Président de la Société Française de Prophylaxie
Sanitaire et Morale

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. Témoinage de respectueuse
reconnaissance et de profonde gra-
titude pour son enseignement éclairé
qu'il nous a toujours prodigué.*

A NOTRE JURY DE THÈSE

A Monsieur le Docteur E. LORTAT-JACOB
Chef de Clinique à l'Hôpital Saint-Louis

*Qui nous a inspiré ce travail.
En témoignage de notre vive reconnaissance.*

A MES MAITRES DE PARIS

Monsieur le Professeur P. CARNOT
Monsieur le Docteur CATHALA
Monsieur le Professeur H. CLAUDE
Monsieur le Professeur COUVELAIRE
Monsieur le Professeur GOUGEROT
Monsieur le Professeur G. GUILLAIN
Monsieur le Professeur Agrégé HEITZ-BOYER
Monsieur le Professeur LEMAITRE
Monsieur le Professeur LEMIERRE
Monsieur le Professeur LEREBoullet
Monsieur le Docteur LESNÉ
Monsieur le Professeur TERRIEN

A MES MAITRES DE STRASBOURG

Monsieur le Professeur AMBARD
Monsieur le Professeur LERICHE
Monsieur le Professeur MERCLÉN

INTRODUCTION ET DELIMITATION DU SUJET

La chrysothérapie est une méthode thérapeutique relativement récente. L'or est devenu l'objet de nombreuses tentatives expérimentales et cliniques. Beaucoup de savants ont cherché des sels d'or d'une tolérance facile, d'un maniement commode et d'une efficacité réelle. Dès le début de l'expérimentation des sels d'or on a signalé l'apparition de lésions cutanées et muqueuses très polymorphes. Les observations d'aurides se multiplient. Les auteurs continuent à apporter des cas nouveaux qui en élargissent le domaine et multiplient les formes cliniques.

Nous étudierons seulement les accidents buccaux post-auriques, les différentes formes de stomatites, en insistant tout spécialement sur une forme particulière de stomatite aurique, appelée stomatite nacrée. Nous essayerons de décrire les ressemblances étroites entre cette forme de stomatite et le lichen plan buccal post-aurique, qui d'abord modifié, évolue vers la forme typique. Nous ne pouvons pas marquer de

signaler l'existence d'un érythème aurique à localisation buccale se présentant souvent sous la forme anormale de lichen plan modifié.

Il ne faut pas chercher dans ce travail une description des sels d'or, ni leurs indications thérapeutiques.

Ensuite, nous étudierons la pathogénie des aurides buccales avec comparaison de la stomatite leucokératosique ulcéreuse et le lichen plan buccal post-auriques. Nous développerons les différentes théories proposées : toxique, anaphylactique et biotropique.

La base clinique comprend les observations que nous avons prises dans le service de M. le Professeur Gougerot. La symptomatologie sera bien exposée, aussi le diagnostic différentiel.

Les biopsies faites à ce sujet et leur examen microscopique nous aideront à faire la conclusion.

Ainsi nous aurons fait un effort à étudier l'ensemble des connaissances actuelles sur la question.

Nous fûmes dirigés dans nos travaux par les conseils de M. le Professeur Gougerot et M. le Docteur Lortat-Jacob. Qu'ils nous permettent de leur exprimer notre vive gratitude et notre respectueux dévouement.

HISTORIQUE

En 1925, Würtzen décrit des lésions de la muqueuse buccale se traduisant par un enduit blanchâtre des joues, plus rarement des lèvres, de la langue et du voile du palais. Peyri, puis Noguer Moore trouvèrent des lésions analogues.

Corvisa (de Madrid) rapporta au Congrès de Bruxelles en 1926 un cas d'érythrodermie sanocrysinique avec des lésions très marquées de stomatite ulcéreuse de la muqueuse des lèvres et un autre avec stomatite au cours d'un traitement des tuberculoses cutanées par la sanocrysine. Il vit des cas de stomatites très légères et fugaces, et d'autres intenses de type ulcéreux.

Dans les *Archiv of Dermatology and syphilis* octobre 1928 p. 529, Chargrin signala un cas d'éruption buccale, consécutive à un traitement aurique pour un psoriasis.

Léon Bernard a publié un cas avec ulcérations palatines profondes et un autre caractérisant la stomatite érythémato-pultacée avec glossite marginale ulcéreuse très douloureuse.

En 1926, Villaret, Imbert et Justin Bezançon ont décrit le « choc buccal ».

Lebeuf et Mollard ont observé un cas, très rare, de stomatite ulcéreuse de Vincent avec association fusospirillaire.

J. Gaté et Ph. Barral caractérisent l'énanthème buccal à type d'hydroa bulleux (par la sanocrysine).

G. Carrière et Cl. Huriez publient en 1934 un cas de stomatite bulleuse post-aurique à type de pemphigus (avec la crisalbine).

Dans les *Archiv of Dermatology and syphilis* octobre 1928 p. 598, Abramowitz écrit ... j'ai vu une éruption lichénoïde généralisée avec lésions de la bouche qu'on ne pouvait différencier d'un lichen plan (sanocrysine).

Les auteurs lyonnais Nicolas, Gaté, Lebeuf et Mollard, ont également constaté et bien décrit la stomatite nacrée lichénoïde, pouvant s'accompagner de « petites ulcérations ponctiformes et cratériformes » (Professeur Nicolas).

En 1929, le Professeur Gougerot, avec Burnier et Photinos ont présenté un malade à la société de Dermatologie et Syphiligraphie, avec stomatite leucokératosique ulcéreuse aurique et éruption lichénoïde (allochrysine).

En 1931, le Professeur Gougerot avec Burnier, Lortat-Jacob et P. Legrain ont fait des publications ana-

logues : Stomatites leucokératosiques très spéciales par leur aspect nacré et leur dégénéralisation faisant penser à un lichen plan confluent et généralisé en nappe et spécifique à l'or.

Après, les auteurs qui ont publié des observations analogues se sont multipliés : Blum P., Gaté J. et Gravier L. (1933), Nadal (1931), Touraine et Voillemin etc.

En 1933, le Professeur Gougerot avec P. Blum ont décrit une autre forme de stomatite : la stomatite toxique aurique, érythémateuse, purpurique, exulcéreuse.

Enfin, Aubin et Lemaître en 1933, publient une observation très intéressante sur un cas de stomatite et laryngite auriques.

DES STOMATITES AURIQUES

De toutes les complications chrysothérapiques, celle qui présente les caractères les plus particuliers est la stomatite. Les sels d'or peuvent attaquer la cavité buccale. Mais ce qu'il faut remarquer c'est l'originalité et la symptomatologie bien spéciale de cette complication. Elle est très différente de la stomatite mercurielle et de la stomatite bismuthique.

Fréquence. La stomatite aurique est rare : en 1929, F. Lebeuf, H. Mollard et Dumarest l'ont observée six fois sur 400 malades (1,5%). Dernièrement, les stomatites sont devenues un peu plus fréquentes, mais elles surviennent beaucoup moins souvent que les accidents buccaux déclenchés par les autres substances métalliques.

Il est difficile de définir les circonstances cliniques qui président à leur apparition. Dans la plupart des cas, la stomatite survient au milieu d'une série d'injections de sels d'or, quand l'organisme a déjà emmagasiné une certaine quantité du médicament. Ce fait n'est pas constant. Chez quelques malades, il suffit,

pour la voir apparaître, d'une seule injection de 5 ou même de 3 cgr. Elle peut également survenir deux ou trois semaines après la fin du traitement. Würtzen cite un malade chez lequel on la constata seulement un mois après l'administration de la dernière dose de sanocrysine. F. Lebeuf et H. Mollard l'ont vue souvent récidiver lors d'une seconde ou d'une troisième série, et ont noté également que certains sujets atteints de stomatite lors d'un premier traitement, supportent sans incident buccal plusieurs cures ultérieures.

Dans un grand nombre de cas, la stomatite survient seule. Dans d'autres circonstances, elle s'associe à des incidents variables, au premier rang desquels il convient de placer les aurides cutanées (érythrodermies, lichen plan etc.)

Sur 39 observations, Sayé rapporte 15 stomatites isolées et 21 stomatites accompagnées soit d'un érythème (12 cas), soit de troubles digestifs (11 cas), soit de fièvre (1 cas).

En 1926, le Professeur Nicolas dessina le tableau clinique :

« Stomatites diffuses avec petites ulcérations punctiformes et cratériformes, avec aspect blanc tomenteux de la muqueuse dans l'intervalle des ulcérations. Stomatites occupant toute la surface de la muqueuse buccale et linguale. Stomatites extrêmement douloureuses ».

La stomatite aurique est généralement *diffuse*. Tandis que les accidents mercuriels sont habituellement limités et siègent soit au niveau d'une dent cariée, soit sur le bord de la langue, tandis que la stomatite galénique se borne à inscrire sur la gencive le liseré violacé de Burton, l'auride buccale envahit la langue, la face interne des joues, les amygdales, le voile du palais et quelques fois les lèvres. Cette diffusion du processus n'est pas constante. F. Lebeuf et H. Mollard ont vu des malades dont les lésions étaient localisées aux gencives. Dans d'autres cas, ils n'ont constaté qu'une ulcération labiale ou des points blancs sur les piliers. Dans la majorité des cas, les zones envahies sont plus larges, plus étalées, plus étendues que dans les autres stomatites métalliques.

La stomatite aurique est généralement *blanchâtre*. C'est le second caractère distinctif qui est fourni par l'*aspect morphologique* des lésions. Gaté J. en a donné une description lumineuse.

« On a dit, écrit-il, que cette stomatite rappelait celle du mercure ou du bismuth. En réalité, elle n'a ni les mêmes localisations, ni le même aspect : elle est *lichénoïde* et *épithéliale*. A l'érosion *superficielle*, n'entourant pas la muqueuse, s'ajoutent des *lésions blanchâtres rappelant le lichen plan buccal* ».

J. Gaté rapporte que dans d'autres circonstances l'aspect lichénien fait place à une autre image : il

s'agit également d'une stomatite épithéliale, on constate aussi des érosions superficielles, mais elles sont entourées par des lésions *leucokératosiques*. Dans les deux cas, la stomatite aurique est donc caractérisée par sa blancheur et cet aspect si étrange avait frappé les premiers observateurs. Blancheur « comme quand on a bu du lait » avait noté déjà Würtzen en 1926. Et l'auteur danois a insisté sur le « voile blanchâtre » qui recouvrait l'empâtement constaté au niveau des mâchoires. Il avait décrit : « des points blancs sur l'amygdale qui rappellent un peu une angine la cunaire ».

La stomatite aurique est *douloureuse*. Les *symptômes fonctionnels* qu'elle déclenche sont essentiellement d'ordre dysphagique. L'alimentation est douloureuse. A l'agacement initial succède bientôt une véritable douleur, que suscite le moindre contact des aliments avec la muqueuse, la mastication devient quelquefois très difficile.

Stomatite diffuse, blanchâtre, douloureuse, ces trois caractères résument la stomatite aurique. Un trait également très caractéristique :

les malades ne présentent *aucune exagération de la sécrétion salivaire*.

Cependant Fourcade de Montpellier, a récemment décrit des formes avec ptyalisme.

La stomatite ne présente pas d'emblée cet aspect

si particulier. Un jour les malades se plaignent d'une sensation d'excoriation, ou bien ils souffrent d'une dysphagie gênante. A l'examen de la bouche, on note une légère rougeur des amygdales et du voile du palais. C'est le *stade érythémateux* qu'on pourrait appeler la *stomatite d'alarme*. Mais la maladie progresse : on voit apparaître sur de nombreux points de la muqueuse buccale, des *érosions superficielles épithéliales*, auxquelles s'ajoutent des lésions blanchâtres, d'un *aspect lichénien* ou *leucokératosique*. C'est la période d'état, dont nous avons décrit les caractères ; le stade où le malade est incommodé par une dysphagie pénible, et où la muqueuse buccale, épaissie, présente un aspect bigarré, taché de zones rouges et de zones blanches entremêlées. Puis les « couvercles » se développent et font place à des ulcérations superficielles qui se cicatrisent une semaine ou quinze jours plus tard. Quelquefois l'évolution est plus longue. On a observé des sujets qui ont présenté encore un mois après le début de la stomatite des érosions couvertes d'un enduit blanchâtre et siégeant à la fois sur les gencives et sur la face interne des joues.

La stomatite ne dessine pas toujours un tableau aussi schématique.

Elle est *légère* dans quelques cas. Remarquons qu'il est banal d'entendre les malades se plaindre d'un « goût métallique » assez prononcé, dans les minutes

qui suivent une injection intraveineuse de sel d'or. Un sujet, observé par F. Lebeuf et H. Mollard a même dit qu'il l'éprouvait pendant deux jours, d'autres ont une sensation d'amertume mal définie, comme si, disent-ils, ils avaient pris « un médicament très mauvais ». Il s'agit là de troubles purement fonctionnels. Mais quelquefois d'autres symptômes surgissent. C'est le tableau du *choc buccal* que Villaret, Imbert et Justin Bezançon décrivaient déjà en 1926 :

« Signalons, disaient-ils, que nous avons obtenu dans quelques cas à la suite d'injections intraveineuses de sanocrysine un choc buccal analogue à celui que l'on observe dans le traitement par les sels de bismuth. C'est là un phénomène assez curieux, qui se renouvelait régulièrement chez certains malades à la suite de chaque injection ».

Rossel, de Leysin, a fait des constatations semblables. Si l'on tient compte de ces manifestations, que nous croyons assez fréquentes, la proportion des stomatites devient beaucoup plus considérable ; mais ces cas représentent des formes très atténuées.

A l'opposé de ces phénomènes, on a décrit des *stomatites graves* qui creusaient en bloc gencives, amygdales, voile du palais, joues, langue. La muqueuse buccale est touchée beaucoup plus profondément et, dans ce cas, on observe une *gingivite exfoliatrice devenant ulcéreuse*, localisée, ou souvent généralisée aux joues, à

la langue et aux gencives, *extrêmement douloureuses* ; chose à signaler : *sans adénopathie* appréciable. Raimbault, A. Sauvan et P. Vigne ; Touraine R. et Ménétrel, L. Fournier et E. Boltanski après un examen très minutieux n'ont pas signalé ni d'adénopathies sous-maxillaire, ni sous-maxillaire ou carotidienne. Cette gingivite peut persister une à quatre semaines, malgré l'interruption de traitement. Les formes exfoliatrice et ulcéreuse sont bien moins fréquentes que la forme érythémateuse (G. Carrière et Cl. Huriez). Les dents peuvent s'ébranler et tomber, l'infection de la bouche se produire et devenir intense.

Dans son rapport de 1925, Léon Bernard a cité un malade qui avait présenté des *ulcérations palatines* très profondes. Il a publié aussi un cas de *Stomatite érythémato-pultacée* avec *glossite marginale ulcéreuse très douloureuse*. Ces formes furent décrites à l'époque où la posologie des sels d'or était encore incertaine. Nous ne croyons pas qu'on en ait rapporté des observations ultérieures.

STOMATITES AURIQUES ATYPIQUES

I. La stomatite bulleuse à type de pemphigus.

(voir observation n° 10).

Dans des cas exceptionnels, les sels d'or peuvent comme Gaté et Barral l'ont démontré les premiers, faire apparaître un énanthème à type d'hydroa buccal que caractérise l'éclosion de bulles très nombreuses sur le voile du palais, les joues et la langue. J. Gaté pense qu'on peut considérer que la muqueuse buccale fragilisée par la leucokératose préexistante est vraisemblablement un terrain propice au développement des lésions bulleuses. Ces lésions doivent être rattachées à l'hydroa buccal. Ce dernier, représenté cliniquement par des bulles qui se rompent et laissent à leur place des érosions circonscrites par un liseré épidermique, peut se voir en même temps que certaines variétés d'érythème *polymorphe* bulleux, dont il constitue une simple localisation buccale, et peut aussi se rencontrer à l'état isolé. L'hydroa participe à l'incertitude qui pèse sur l'étiologie de l'érythème polymorphe. Il paraît certain qu'à côté de nombreux cas où

l'étiologie nous échappe et où l'on peut soutenir toutes les hypothèses possibles, il est des fois où l'on retrouve dans l'histoire des malades l'absorption de certains médicaments qui semblent bien jouer un rôle dans la production des lésions buccales constatées (crisalbine dans le cas de G. Carrière et Cl. Huriez cure sanocrysinique dans le cas de J. Gaté). De cette coïncidence, nous soulevons la question de l'*action toxique* possible sur les muqueuses. Ce sont souvent de toxidermies avec infection secondaire (Professeur Gougerot). On peut aussi parler de manifestations d'intolérance, de susceptibilité individuelle. Nous verrons plus loin.

II. Stomatite ulcéreuse de Vincent avec association fuso-spirillaire

Récemment Lebeuf et Mollard ont observé une complication du type de la stomatite ulcéreuse de Vincent avec association fuso-spirillaire et qui s'étendait à la fois sur les piliers, les amygdales et le voile du palais. Ce sont des cas exceptionnels, sinon paradoxaux, car presque tous les auteurs signalent l'absence de symbiose fuso-spirillaire.

L. Fournier et E. Boltanski écrivent : « l'élément infectieux dans les stomatites auriques semble inexistant ou à peu près. Les examens microscopiques ré-

pétés n'ont pas montré aux auteurs aucune infection particulière, aucune pillulation spéciale des microbes buccaux ».

Le Professeur Gougerot, avec Burnier et Photinos (*Bull. de Soc. franc. de Derm. et Syph.*, mai 1929, p. 254) après plusieurs examens microscopiques par grattage des lésions buccales n'ont pas démontré de symbiose fuso-spirillaire chez leur malade. A. L. Fournier et E. Boltanski (*Revue de Stomatologie*, décembre 1926) des frottis et un examen ultra-microscopique n'ont révélé aucune augmentation du polymicrobisme buccal banal, ni d'association fuso-spirillaire.

III. Angine agranulocytaire aurique

Nous signalons une forme très particulière d'accidents buccaux chrysothérapiques : l'angine agranulocytaire aurique aux stigmates hématologiques très spéciaux. La leucopénie peut-être parfois considérable, jusqu'à 250 globules blancs par millimètre cube, comme dans le cas rapporté récemment par Ameuille et Braillon à la *Société médicale des hôpitaux*. C'est une rareté séméiologique. Le syndrome agranulocytaire peut s'associer à une stomatite aurique érytéma-teuse diffuse et douloureuse ou ulcéreuse.

Le pronostic est très grave

IV. Stomatite toxique érythémateuse purpurique exulcéreuse

Il s'agit d'une stomatite toxique aurique, érythémateuse, érosive et purpurique. Elle apparaît généralement après administration des doses totales faibles et tardivement. Cette stomatite donne un aspect érythémateux et érosif à la muqueuse jugale et a une tendance congestive allant jusqu'au purpura. Elle est inflammatoire, œdémateuse et s'accompagne de pyalisme. La douleur de cette forme est caractéristique car elle s'irradie aux oreilles. Rarement isolée, elle se présente sous un aspect complexe, car on assiste à une formation lichénienne à la face interne des joues, placard rouge foncé œdémateux avec capillaires dilatés et souvent rompus, d'où piqueté purpurique. La cessation du traitement aurique fait disparaître la stomatite, tandis que le lichen plan buccal continue à évoluer seul.

Il faut probablement incriminer ici une prédisposition individuelle, une défaillance du *sol hématique* sur lequel P. Emile Weil et Pollet ont attiré l'attention. Le terrain hémogénique entre en jeu. Il se caractérise par le purpura pointillé, les gingivorragies, la tendance marquée aux hémorragies et l'augmentation considérable du temps de saignement.

L'or produit une véritable endothélite parcellaire hémorragique, c'est ce que explique la production de ces capillarites purpuriques (capillarites toxiques de Gougerot).

Ici le syndrome hémogénique a donné à la stomatite aurique une forme spéciale purpurique. Nous voyons aussi une formation lichénienne surajoutée à cette stomatite toute spéciale. Ainsi cette forme est complexe et résulte de trois éléments : toxique, hémogénique et lichénien.

V. La stomatite nacrée post-aurique, ou lichen plan buccal

Cette stomatite nacrée a été bien observée en 1925 par Würtzen qui note chez ses malades un enduit blanc-châtre des joues et de la langue. Puis par Peyri, Noguer Moore, Abramowitz et le Professeur Gougerot en 1926. Les auteurs lyonnais Nicolas, Gaté, Lebeuf et Mollard ont également constaté et bien décrit cette stomatite nacrée, lichénoïde, pouvant s'accompagner de « petites ulcérations punctiformes et cratiformes ».

Plusieurs auteurs qui ont étudié attentivement cette stomatite (Milian, Professeur Gougerot et Buruier) ont constaté que l'enduit blanc-bleuâtre n'est pas uniforme, mais qu'il est réticulé, comme le lichen plan buccal ; cette ressemblance est très fréquente qu'on

s'est demandé si cette stomaticité nacrée n'est pas simplement un lichen plan déclenché par l'or. L'existence de petites ulcérations jugales n'est pas un argument à opposer à cette conception, car le lichen plan buccal peut être ulcéreux (Milian).

Cette stomatite n'est nullement comparable aux autres stomatites mercurielle ou bismuthique, elle est très différente cliniquement et pathogéniquement car elle n'est pas causée par les microbes de la bouche et on n'a jamais trouvé d'association fuso-spirillaire dans la stomatite nacrée aurique.

Déjà en 1928 J. Gaté et Ph. Barral écrivaient ... d'autre part, le malade présenté, est porteur au niveau de la langue et de la face interne des joues, de lésions leucokératosiques, qui sont hautement lichéniennes et permettent presque d'affirmer l'existence d'un lichen plan buccal ».

En mai 1929, le Professeur Gougerot, Burnier et Photinos, ont observé un malade traité par la crisalbine, qui a présenté une stomatite intense et qui s'est avéré ultérieurement comme un lichen plan buccal. La stomatite chez ce malade a été généralisée, répondant à la description de la stomatite aurique. L'évolution ultérieure du lichen a fait admettre un processus mixte : d'abord stomatite aurique, puis lichen plan à la suite de la régression de cette stomatite (Professeur Gougerot).

Les statistiques montrent que la plupart des cas de taches blanches dites stomatites nacrées post-auriques ne sont que des cas de lichen plan buccal déclenchés par la chrysothérapie (Professeur Gougerot, 12 novembre 1931).

Aubin et Lemaître (juin 1933) confirment la conclusion ci-dessus car l'examen microscopique d'une biopsie pratiquée chez un malade (traité par l'allochrysine) a montré que cette stomatite nacrée présente tous les caractères cliniques et anatomo-cliniques du lichen plan buccal.

« Hypertrophie du corps muqueux, papilles en coupoles et production de ces amas blanchâtres qui donnent aux muqueuses cet aspect particulier.

Présence d'une infiltration dans les bourgeons interpapillaires et dans le corps muqueux. L'infiltrat ne pénètre pas le corps muqueux, mais reste un peu à distance et est uniquement localisé aux noyaux intermédullaires ».

MECANISMES PATHOGENIQUES DES STOMATITES

D'après le Professeur Gougerot et Burnier pour la pathogénie des stomatites auriques, on peut discuter trois principales opinions pathogéniques et étiologiques :

intoxication aurique à la façon de la stomatite mercurielle,

lichen plan typique ou atypique,

infections buccales.

Suivant les observations ces trois mécanismes sont exacts et on démembre la stomatite aurique en prouvant que le plus souvent il s'agit de lichen (Professeur Gougerot).

Chez certains malades on fait la preuve d'une pathogénie en trois phases successives réduites d'autres fois à deux :

première phase de stomatite aurique,

seconde phase où existent une stomatite aurique et un lichen atypique,

troisième phase où le lichen augmente tandis que la stomatite aurique guérit si bien que seul reste le lichen plan.

Les stomatites auriques tiennent assez souvent à l'action directe du produit nocif sur les tissus. Au moment des injections, la plupart des malades éprouvent « un goût métallique » qui persiste parfois plusieurs heures. Nous savons que des traces infinitésimales d'or s'éliminent par l'expectoration. L'élimination des sels d'or se fait principalement par les reins et la voie intestinale ; par la salive, dans une faible mesure. Elle est très prolongée ce qui explique les stomatites tardives. En outre, les recherches histologiques de Feldt ont montré que le métal s'accumulait électivement dans les mailles du tissu mésenchymateux, dans la rate par exemple : il est certain que les paquets lymphoïdes, si nombreux sous la muqueuse buccale, doivent en fixer une certaine quantité. D'après Lebeuf et Mollard, l'action toxique de l'or est seule en cause.

Les doses n'ont pas toujours une importance capitale dans la production des stomatites. Car Ameuille et Himault ont fait remarquer que les accidents graves peuvent se produire avec des doses minimales : 0 gr. 02 d'hyposulfite aurosodique intraveineux par exemple. Aussi on observe couramment des malades supportant sans aucun incident des doses totales de 10 gr.

Souvent on observe une diarrhée dès la première injection, absence de tout signe net d'atteinte toxique,

hépatique, rénale et sanguine. L'intradermo-réaction à l'or positive¹ Tout cela témoigne que le *facteur intolérance* (naturelle ou anaphylactique) peut-être incriminé dans la production des stomatites auriques (Raimbault, G. Carrière et Cl. Huriez).

Particulièrement, pour la stomatite nacrée ou lichen plan buccal, le Docteur Milian soulève la théorie du *biotropisme*. Pour lui, la provocation du lichen plan par l'or est un argument considérable en faveur de l'origine infectieuse de l'affection, car l'or en expérimentation sur l'animal n'a jamais reproduit des phénomènes toxiques. Milian croit qu'il est légitime de soutenir qu'il s'agit de mise en branle dans l'organisme par l'or, d'un micro-organisme qui existait à l'état latent. Il y a deux physionomies du biotropisme : le biotropisme direct et le biotropisme indirect. Le premier stimule le micro-organisme vis-à-vis duquel la médication est dirigée, le second éveille d'autres microbes latents dans l'organisme. Ainsi le Docteur Milian pense que le lichen plan pouvait être une éruption biotrope directe de nature tuberculeuse.

Flurin et Chaussian élargissent l'action biotrope pour se demander si dans les cas de stomatites il ne s'agirait pas de stomatite d'origine tuberculeuse, ou de mycose buccale.

1. Pour prouver l'intolérance d'un sujet vis-à-vis des sels d'or on fait une intradermo-réaction à l'or avec 2/10 de cc. d'une solution de crisalbine 1‰. L'apparition d'un placard érythémateux signifie que la réaction est positive.

TRAITEMENT

Les stomatites auriques régressent spontanément quand on cesse l'administration des sels d'or ou après un traitement approprié. Contre la douleur et la dysphagie on doit faire des badigeonnages analgésiques à la cocaïne ou mieux au scuroforme permettant aux malades de s'alimenter. On doit chercher à modifier l'état humoral par la désensibilisation du sujet. On emploie l'hyposulfite de soude intraveineux à la dose de un à six grammes par jour (Jersild). Plus énergique est l'hyposulfite de magnésium, substance anti-choc dont A. Lumière a récemment montré le pouvoir désensibilisateur (1 gr. d'hyposulfite de magnésium dans 10 cc. d'eau stérilisée). Nous signalons le remède préconisé par A. Freund, qui fait avorter avec certitude les lésions : c'est l'asthmolysine (extrait de glandes surrénales et extrait d'hypophyse) à la dose de 1 gramme en injection sous-cutanée. On peut aussi utiliser l'autohémothérapie (méthode belge de Van Moelhe et Le Marc Hadour). D'autres médications adjuvantes sont : extrait hépatique, solution glucosée et calcium intra-veineux.

Observation n° 1

M. le Professeur Gougerot et M. le Docteur Burnier

(108381), Madame B..., âgée de 30 ans, atteinte de lupus érythémateux de la face en plaques disséminées, est traitée depuis le 10 mars 1931 par des injections de crisalbine ; elle reçoit une injection de 10 centigrammes, puis une injection hebdomadaire de 25 centigrammes. Le 10 mai 1931, après la dixième injection, la malade accuse une sensation de sécheresse de la bouche ; à l'examen, on constate au niveau des dernières molaires, un petit placard blanchâtre, ovalaire, de 2 centimètres de long sur 1 de large, réticulé, nacré, analogue à une plaque de lichen plan jugal. On cesse la crisalbine ; la lésion disparaît en 25 jours.

La malade revint le 28 juillet avec une nouvelle poussée de lupus érythémateux qui s'était affaïssé avec le premier traitement : la malade reçoit deux injections de 10 centigrammes de crisalbine, deux de 15 centigrammes, deux de 20 centigrammes, deux de 25 centigrammes (1 par semaine) ; le traitement fut bien supporté, à part quelques douleurs articulaires qui n'empêchèrent pas de continuer le traitement. Après la huitième injection, le 16 septembre 1931, la malade accuse à nouveau une sensation de sécheresse de la bouche et l'on constate sur les deux joues, au niveau de l'interligne dentaire, une bande linéaire de deux centimètres de haut allant des grosses molaires aux commissures labiales, de colorations blanchâtre, réticulée, analogue à du lichen plan jugal. On cesse la chrysothérapie, les lésions pâlisent progressivement, mais sont encore visibles le 10 novembre.

Observation n° 2

M. le Professeur Gougerot et M. le Docteur Burnier

(95862), Madame F..., âgée de 33 ans, atteinte de lupus érythémateux de la peau depuis 1927 reçoit en octobre-décembre 1928, cinq injections de 10 et 25 centigrammes de crisalbine qui amenèrent la disparition des lésions. Une récurrence survint en mai 1930 ; on fait sept injections de 25 centigrammes de crisalbine qui font régresser le lupus et sont parfaitement supportées. En mai 1931, une nouvelle récurrence se produit ; on fait à nouveau dix injections de 25 centigrammes de crisalbine dont l'efficacité paraît diminuée. Après la dixième injection, la malade accuse un goût spécial dans la bouche et signale l'existence d'une plaque blanche sur la joue droite ; on constate en effet une plaque ovale de 2 centimètres de long sur 2 centimètres de large, blanchâtre, réticulée, analogue à une plaque de lichen plan jugal. On cesse la chrysothérapie : la lésion pâlit progressivement et guérit en un mois.

Observation n° 3

MM. Lortat-Jacob et P. Legrain

Le malade âgé de 36 ans est atteint d'un lupus érythémateux typique du nez et des angles internes des yeux dont l'évolution est suivie depuis 1926. Ce lupus érythémateux est accompagné (mai 1931) d'un lichen plan typique de la muqueuse buccale. Ce lichen est non seulement intense au niveau des lèvres et des joues sous forme de taches ou réseau absolument caractéristique mais sur la muqueuse jugale au niveau des dernières molaires il revêt un aspect exubérant, végétant, assez rare.

Le lichen plan est apparu au cours d'un traitement par la crisalbine. Il fut très net après la quatorzième injection (0 gr. 05 $\times$ 5 ; 0 gr. 10 ; 0 gr. 15 ; 0 gr. 20 ; 0 gr. 25 $\times$ 6). Le malade reçut encore trois injections à 0 gr. 25 qui aggravèrent les lésions de la bouche et nécessitèrent l'interruption du traitement. Les poussées de lichen plan paraissent être dues au terrain tout préparé pour ces réveils biotropiques et en 1926 ce malade à l'occasion d'une première série de crisalbine avait fait une poussée herpétique intense de la lèvre inférieure.

Observation n° 4

*M. le Professeur Gougerot, MM. les Docteurs Burnier
et Photinos*

Le malade, âgé de 37 ans, qui étant tuberculeux reçut un traitement par les sels d'or, sous forme d'allochrysine intramusculaire. Il reçut une première série de dix piqûres de 0 gr. 25 deux fois par semaine. Après deux semaines de repos, le 15 janvier 1929 il reprend le même traitement aurique ; mais le 20 février, le malade constate que l'éruption apparaît à partir de la quinzième piqûre. Cette éruption augmente peu à peu et le 2 mars on constate une éruption lichénoïde sur la peau et des lésions généralisées leucokératosiques et ulcéreuses buccales.

L'éruption lichénoïde est disséminée sur le tronc, l'abdomen et l'hypogastre, le gland, les bourses et les faces palmaires et plantaires des extrémités.

Quelques papules isolées se voient sur les poignets. Cette éruption est constituée par des papules lichénoïdes de volume de 1 à 6 millimètres, arrondies (et non polygonales), à peine saillantes et très légèrement infiltrées, nettement limitées, d'une teinte rose-rouge ou parfois violacée. Elles sont finement squameuses, parfois un peu brillantes ; sur le

fourreau de la verge et sur le scrotum les lésions font des cercles de 4 à 12 millimètres prenant l'aspect du lichen annulatus, de teinte violacée.

Il existe un phimosis assez marqué, la muqueuse balanique est d'une teinte rouge, enflammée, semée des quelques érosions lenticulaires, recouvertes d'enduit jaunâtre et surtout d'une couche hyperkératosique blanchâtre.

A la paume des mains existent une desquamation très prononcée et au toucher, on constate quelques papules hypodermiques rappelant celles de la syphilis et de lichen plan. La peau est sèche, hyperkératosique.

A la plante des pieds trois macules rouges, peu squameuses.

Sur les deux lèvres on voit des squames épaisses et adhérentes, avec fissures commissurales, gênant l'ouverture de la bouche.

Dans la bouche, la face interne des joues, la face dorsale de la langue et la lèvre inférieure sont recouvertes d'un enduit blanc bleuâtre uniforme, non réticulé, très adhérent sur lequel apparaissent quelques érosions lenticulaires, à fond jaunâtre ou rouge. Sur cet enduit ressortent quelques papules en grains, lenticulaires, par place lichénoïdes végétantes.

Toutes les lésions de la bouche sont douloureuses, si bien que le malade ne peut pas mastiquer ni goûter des mets épicés.

Plusieurs examens microscopiques par grattage des lésions buccales n'ont pas démontré de symbiose fusospirillaire.

Les urines sont normales, les réactions du sang négatives.

L'éruption cutanée lichénoïde et la stomatite leucokératosique et ulcéreuse n'étaient pas caractéristiques. Il était impossible d'affirmer le lichen plan et on a pensé qu'il s'agit d'un lichen plan atypique.

Au mois d'avril 1929, les éléments se sont transformés en lichen plan typique. Les lésions muqueuses sont en

régression très nette ; la régression de ces lésions muqueuses alors qu'augmente et se précise le lichen plan cutané n'est pas en faveur d'une éruption lichénienne de la muqueuse. Mais certains éléments leucokératosiques prennent une forme circinée qui fait penser au lichen plan.

Observation n° 5

*M. le Professeur Gougerot,
MM. les Docteurs René Cohen et A. Patté*

La malade n° 112849, âgée de 25 ans, femme de ménage, vint consulter le 5 octobre 1932 pour un lupus érythémateux apparu en juillet 1931 derrière l'oreille gauche, puis en février 1932 à la pointe du nez.

Le large placard érythémateux autour de l'oreille gauche qui est respectée, est intéressant par son aspect de dermoépidermite microbienne. Il est d'un rouge terne, presque gris sur les bords, recouvert de squames adhérentes, finement chagriné, sans hyperkératose ponctuée, sans atrophie cutanée, limité nettement par des bords plus squameux, nettement infiltré, non douloureux à la palpation.

Les différents viscères sont normaux, sauf une métrite du col. L'état général est bon. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Le B.W. est négatif.

Des injections intraveineuses de crisalbine sont commencées : 0 gr. 05 le 5 octobre ; 0 gr. 10 les 8, 12, 15, 19 octobre ; 0 gr. 15 le 26 octobre et le 2 novembre.

Après quelques injections sans intolérance, la malade accuse vers le 5 octobre une sensibilité des lèvres et après l'injection du 2 novembre aux bras et dans le dos quelques papules rouges.

Quatre à cinq jours après apparaissent aux lèvres des érosions douloureuses et une tuméfaction notable, avec légère tuméfaction des gencives. Le 9 novembre un érythème est noté sur les avant-bras et le dos.

Le 16 novembre, l'éruption s'est accentuée et on constate un mélange de lésions.

Sur la peau, l'éruption prédomine sur la face d'extension des bras et avant-bras, à la nuque, la face antérieure de la cuisse gauche et la région médiodorsale. Elle est formée de deux éléments :

1° La grande majorité est constituée par des papules absolument typiques de lichen plan, de taille variable, groupées en grains de plomb peu colorées (cuisse, nuque, dos) ou en placards d'un rouge violacé opalin caractéristique (avant-bras) ;

2° Sur le dos des mains, en quelques points des avant-bras et sur les flancs, se sont des lésions d'eczéma typique vésiculeux suintant et squameux ; en certains points (avant-bras) il y a superposition : certains placards de lichen plan étant le siège de vésicules très petites et de prurits eczémateux.

L'ensemble des lésions d'eczéma est discret, mais le lichen est floride et intense.

Sur la bouche on trouve :

1° des gencives un peu tuméfiées ;

2° sur la lèvre supérieure des érosions polycycliques jaunâtres de stomatite ;

3° sur la lèvre inférieure des stries blanchâtres de lichen plan.

Le lupus érythémateux est presque guéri sauf quelques squames et une légère infiltration cutanée. Les placards du nez sont encore rouges jaunâtres et squameux.

Il n'y a eu aucune altération générale, ni fièvre, ni diarrhée.

Le 29 novembre, une injection veineuse de 0,005 mgr. de crisalbine dans 2 cc. 5 de sérum ne détermine qu'un choc léger (leucopénie de 6500 à 5000) mais un peu prolongé, le retour au chiffre initial ne se faisant qu'en 75 minutes, et sans réaction générale ni locale.

Le 30 novembre, les lésions sont en régression, mais on

reconnaît encore leur mélange. A la bouche le lichen de la lèvre inférieure seul persiste. Le lupus poursuit son amélioration progressive.

Le 8 décembre, le lichen plan est presque méconnaissable (radiothérapie rachidienne).

L'eczéma est en voie d'extinction, sauf encore quelques lésions aux avant-bras.

La stomatie a disparu.

Le fin réseau lichénien de la lèvre inférieure a disparu.

Le lupus continue à être traité par chrysothérapie.

Observation n° 6

*M. le Professeur Gougerot et M. le Docteur Burnier.
Histologie par Mlle Eliascheff.*

(116172) âgé de 42 ans, garçon de café, se présente à la consultation de la clinique le 4 février 1934.

Le malade avait eu une première atteinte de psoriasis en 1921 ; soigné par des pommades, le psoriasis avait été amélioré, mais non guéri et quelques éléments apparaissaient de temps à autre sur les coudes et le cuir chevelu.

En janvier 1933, le malade fait une poussée de tuberculose pulmonaire avec bacille de Koch dans les crachats. Le 2 mars 1933, on pratique un pneumothorax ; puis le malade part à Pau d'avril à décembre 1933. Dans cette ville, on commence un traitement aurique à partir du 15 septembre et le malade reçoit 25 piqûres intramusculaires de myoral, au rythme de trois injections par semaine. La dose totale fut de 6 grammes.

Au cours de ce traitement, le malade ne se plaignit d'aucun trouble.

Mais, huit jours après la dernière piqûre (18 novembre 1933), apparurent des éléments lenticulaires rouges, squameux, prurigineux, sur la face dorsale des mains et des

pieds, puis les mains et les pieds devinrent œdémateux ; la peau était rouge, squameuse, hyperkératosique et des fissures douloureuses existaient aux plis des doigts de la paume des mains et de la plante des pieds.

Sous l'influence des injections d'hyposulfite de soude, cette érythrodermie s'améliora ; la desquamation s'amenda, et il persista seulement un état de rugosité de la peau, squameuse et fissurée, surtout marquée à la face plantaire des pieds.

En même temps que les lésions des mains et des pieds, la bouche était le siège d'une « stomatite blanchâtre » occupant la face interne des deux joues, ainsi que la face dorsale de la langue. La muqueuse avait un aspect blanchâtre, porcelainé et en certains points existaient des ulcérations fissuraires, assez douloureuses, sur le dos de la langue et la face interne des joues. Cette poussée buccale s'atténua en même temps que l'érythrodermie palmo-plantaire.

Le 15 janvier 1934, le malade vit apparaître une éruption d'éléments psoriasiformes confluents sur le thorax en avant et en arrière, sur les membres supérieurs, avec quelques éléments plus épais sur les cuisses et le cuir chevelu. La face était respectée.

Le 4 février 1934, on constate trois sortes de lésions associées :

1° de nombreuses lésions du thorax et des bras qui ont tous les caractères cliniques du psoriasis : ce sont des éléments arrondis, grands comme une pièce de 50 centimes ou de un franc isolés les uns des autres, mais groupés en amas ; le centre, très squameux, d'un blanc nacré, est entouré d'une petite auréole d'un rouge vif. Le grattage méthodique montre nettement la pellicule décollante et la rosée sanglante.

L'histologie confirme d'ailleurs le diagnostic de psoriasis.

La couche cornée lamelleuse est hypertrophiée et parakératosique.

La granuleuse est absente.

Le corps muqueux de Malpighi est hypertrophié, les bourgeons interpapillaires sont amincis et allongés, il en résulte une papillomatose accentuée. Au-dessus des sommets des papilles le corps muqueux est aminci.

Les vaisseaux du corps papillaire sont dilatés et entourés d'un infiltrat peu appréciable.

Le chorion ne présente aucune modification.

2° Disséminées sur le dos des mains, existent de rares lésions arrondies, grandes comme une lentille ou une pièce de 50 centimes, de coloration rouge violacé, nettement squameuses et les squames blanchâtres apparaissent abondantes après grattage ; la pellicule décollable est absente, l'aspect macroscopique est celui d'une para ératose psoriasiforme et l'on sait qu'il est très difficile cliniquement de faire le diagnostic différentiel entre psoriasis et lichen plan atypique squameux.

La biopsie tranche la question en faveur du lichen plan.

La couche cornée est hypertrophiée sans parakératose.

La granuleuse est aussi hypertrophiée par places.

Les papilles sont élargies, le corps papillaire est œdémateux, parcouru de nombreux vaisseaux dilatés. Un infiltrat diffus composé de cellules lymphoïdes occupe le corps papillaire et les couches supérieures du chorion ; cet infiltrat a une limite inférieure nette.

Pas de lésion dans le reste de la coupe.

3° A la bouche, la muqueuse de la face interne des joues est redevenue normale. Mais la face dorsale de la langue est encore couverte de nombreuses taches blanches, ovalaires, arrivant au contact les unes des autres et recouvrant la plus grande partie de la face dorsale. Ces taches ont tous les caractères cliniques du lichen plan lingual.

L'état général du malade est actuellement satisfaisant ; il ne crache, ni ne tousse plus. L'intradermo à la tuberculine n'a donné aucune réaction ; les Bordet-Wassermann sont négatifs.

Observation n° 7

MM. les Docteurs Louis Fournier et Etienne Boltanski

Le malade B..., entre à la salle Mauriac n° 5, le 22 juin 1926, pour un chancre syphilitique du prépuce, datant de trois semaines. Présence de tréponèmes. Il existe une blennorragie datant de deux mois.

Le malade reçoit les 22 et 25 juin, une injection intramusculaire d'un gramme d'hyposulfite double d'or et de sodium (crisalbine).

Le 26 juin, apparition d'une stomatite : il s'agit de lésions extrêmement localisées qui siègent sur la moitié gauche de la pointe de la langue, à sa face inférieure. Ce sont deux papules circulaires de la taille de petites lentilles, placées l'une derrière l'autre.

Elles sont de couleur blanc jaunâtre. Elle paraissent de prime abord être recouvertes d'un enduit crémeux. Il n'en est rien. Elles sont constituées par l'épithélium lingual lui-même infiltré et œdématié. Elles ne se détachent pas par l'abaisse-langue. Par ailleurs, l'examen ne fournit aucun renseignement ; il n'y a pas d'adénopathie, pas d'éruption cutanée.

Lavages de la bouche répétés et le lendemain 27 juin on se trouve en présence de lésions complètement modifiées. Les plaques saillantes sont remplacées par deux ulcérations circulaires, de couleur rosée, entourées d'un petit liseré inflammatoire. Leurs bords paraissent formés par l'épithélium buccal, dans sa couche la plus superficielle.

Il n'y a pas d'infiltration profonde, pas d'ulcérations véritables, pas d'adénopathies sous-maxillaire, sus-hyoïdienne ou carotidienne.

Le restant de la muqueuse buccale est parfaitement sain. Il n'existe pas d'exulcérations en aucun autre point. Les régions des dents de sagesse, en particulier, sont absolument indemnes. Il n'y a pas de liseré gingival.

Des frottis et un examen ultra-microscopique ne révèlent aucune augmentation du polymicrobisme buccal banal. On ne caractérise pas ici l'association fuso-spirillaire. Au point de vue fonctionnel, presque rien à noter. Le malade n'accuse aucune douleur vraie, mais seulement un peu de cuisson au moment de la mastication des aliments épicés.

La température est parfaitement normale ; pas d'albu-minurie.

La bénignité de cette stomatite paraît ne pas constituer une contre indication suffisante au traitement qui est poursuivi.

Le 29 juin, nouvelle injection d'un gramme d'hyposulfite.

Le 1^{er} juillet, érythème aurique généralisé, tel qu'il a été décrit dans les premières tentatives de la chrysothérapie.

En même temps, on constate une nouvelle poussée de stomatite.

Le stade pré-exulcératif paraît avoir été très court, s'il a existé, car l'état buccal, non modifié le 30 juin, apparaît le 1^{er} juillet sous l'aspect suivant :

Une troisième exulcération s'est développée sur la moitié gauche de la face inférieure de la langue. Elle est un peu plus étendue que les deux premières, ovoïde, à grosse extrémité antérieure. Elle est extrêmement superficielle, rosée, et paraît en rapport avec la chute de la partie toute superficielle de la muqueuse. La face dorsale de la langue est saburrale.

Par ailleurs, il existe deux autres exulcération sur la face interne de la moitié gauche de la lèvre inférieure.

On ordonne, outre les lavages buccaux, l'application de glycérine novarsénobenzolée.

Dans les jours qui suivent, l'éruption cutanée disparaît rapidement, en même temps que les manifestations buccales.

Le 4 juillet, la rétrocession est presque complète.

Mais deux nouvelles poussées de stomatite vont se produire.

Successivement, le 5 puis le 15 juillet apparaissent de nouvelles lésions, discrètes, alors que les premières ont presque complètement disparu.

Le 5 juillet, c'est d'une part, une exulcération du dos de la langue, dans sa moitié droite, près de la base ; d'autre part, une macule érythémateuse gingivale au pied de l'incisive latérale droite. Cette poussée rétrocede à son tour quand, le 15 juillet, on assiste à la formation d'une macule rouge vif du dos de la langue et à l'apparition d'une plaque blanchâtre sur la face interne de la joue gauche. Cette plaque n'évoluera d'ailleurs pas vers l'exulcération.

Le 16 juillet, une nouvelle manifestation muqueuse apparaît. C'est un placard crémeux de la conjonctive gauche, très analogue à ceux que nous avons vus se produire sur la muqueuse buccale. Il siège sur la paupière inférieure et à l'angle interne de l'œil.

Aucune de ces manifestations ne s'est accompagnée d'adénopathie.

Le 18 juillet, toutes les lésions muqueuses ont disparu. La blennorrhagie a guéri, déjà depuis plusieurs jours, le chancre est cicatrisé et l'état sérologique est très satisfaisant.

Observation n° 8

MM. les Docteurs L. Gravier et J. Gaté

P..., Thomas, âgé de 40 ans, est hospitalisé à l'hôpital du Perrou dans le service du Docteur Gravier pour une tuberculose fibro-caséuse bilatérale, lentement évolutive.

L'an dernier, au sanatorium Ris-Orangis, il reçut une série d'injections de sels d'or (en tout 3 gr. 55). Pendant cette série, on nota, comme incident, des lésions buccales blanchâtres qui, s'accompagnèrent, aux dires du malade, de l'élimination de petits lambeaux de muqueuse. On arrêta

la cure et la stomatite persista encore, quoique atténuée mais avec des retours offensifs, pendant quatre mois. Le 12 octobre, le malade fit une hémorragie nasale et le 18 octobre une hémorragie rectale de sang rouge. Le 5 novembre, apparut sur les téguments une éruption de taches rouges de dimensions variables, de couleur foncée, ne s'effaçant pas par la pression, non prurigineuses, qui semble bien avoir été du purpura, d'autant plus qu'il y eut en même temps des éléments du même type sur la muqueuse buccale. Ces taches disparurent peu à peu, mais laissèrent à leur place de petites plages, au niveau desquelles la peau était légèrement plicaturée, rugueuse et bientôt très prurigineuse.

Secondairement, au niveau de ces plages, alors que les taches purpuriques s'étaient complètement effacées, se montrèrent des pigmentations qui n'ont fait que s'intensifier, de même d'ailleurs que le prurit, jusqu'à fin décembre.

Le malade fit deux visites à l'hôpital Saint-Louis et fin janvier 1933 une à la clinique dermatologique de l'Antiquaille où il a été traité par : axonge localement, bains d'amidon, autohémothérapie, etc...

A ce moment (18 mai 1933) le malade reconnaît que le prurit a disparu et que les lésions cutanées sont manifestement en voie de guérison.

Sur la muqueuse buccale, il est à noter qu'à la face interne des joues on ne peut rien relever d'anormal, si ce n'est peut-être à gauche, en regard de l'interligne dentaire, une traînée linéaire légèrement leucokératosique. Par contre, la langue, sur sa moitié gauche est dépapillée, lisse, un peu vernissée, brillante, avec quelques traînées leucokératosiques, le tout réalisant un aspect bien plus leucoplasiforme que lichénien.

Sur les téguments on trouva des lésions consistant à des taches pigmentaires et qui ne nous intéressent pas.

Observation n° 9

M. le Professeur H. Gougerot et M. le Docteur P. Blum

La malade n° 25037 atteinte de lupus érythémateux a eu d'abord, après la dose faible totale de 0 gr. 90 de crisalbine une stomatite aurique, toxique, érythémateuse, érosive et purpurique avec ébauche de lichen plan à la face interne de la joue droite, placard rouge foncé et œdème ; à la face interne de la joue gauche, placard rouge vif, œdémateux, avec capillaires dilatés et rompus d'où piqueté purpurique, puis le lichen plan a rétrocedé rapidement, les lésions toxiques auriques continuant à la bouche, augmentant à la peau : prurit, érythème : enfin les lésions muqueuses toxiques disparaissent, les lésions cutanées de toxicodermie aurique desquament et peu à peu guérissent, mais le lichen buccal reste seul.

Chez cette malade, ancienne syphilitique, on observe un syndrome hémogénique qui est caractérisé :

Cliniquement :

1° par un syndrome hémorragique des petits vaisseaux cutanés : purpura pointillé ;

2° par un syndrome hémorragique muqueux, gingivorragies, métrorragies ;

3° par une tendance marquée aux hémorragies.

Hématologiquement, par une augmentation considérable du temps de saignement. Le temps de saignement était de 32 minutes chez la malade, alors que les autres signes hématologiques étaient peu marqués, ce temps fut ramené à 25, puis à 10 minutes, puis à la normale, sous l'influence d'une petite transfusion et de la médication calcique administrée par voie intraveineuse et par la bouche.

Observation n° 10

M. le Professeur G. Carrière et M. le Docteur Claude Huriez

Mademoiselle Ch..., Marie, 42 ans, employée de bureau vient consulter le 3 août 1933, parce qu'elle souffre depuis 10 jours de la bouche. Elle précise qu'en fin juillet, en bonne santé apparente, elle ressentit, lors des repas, une douleur diffuse dans la bouche, en même temps qu'elle constatait l'existence de bulles sur la langue et la face interne des joues. Elle pouvait préciser très nettement les conditions d'évolution de ces éléments. A tel moment de la journée, en une zone de la muqueuse buccale, jusque là normale, elle ressentait un picotement très vif, une sensation qui devenait de plus en plus douloureuse et quelques heures (2 à 12) plus tard apparaissait une bulle de volume très variable, de celui d'une tête d'épingle à celui d'une grosse noisette. Cette bulle avait un aspect brillant, puis lors d'un mouvement de mastication se rompait, laissait écouler un liquide citrin et faisait place à une ulcération basale, assez profonde, blanchâtre. Dans les jours suivants, l'ulcération gagnait à la périphérie et en profondeur, saignait au moindre contact et même spontanément.

Au premier examen, nous relevons l'existence d'une dizaine de ces ulcérations, d'aspect diphtéroïde : la plus grande, de la taille d'une pièce d'un franc, siégeait à l'orifice du canal de Sténon gauche. On en constatait plusieurs, assez petites, sur la langue, chaque amygdale en portait une. Enfin plusieurs diversement évoluées, occupaient la face interne des joues : les unes ulcérées, d'autres encore recouvertes de la membrane bulleuse qui venait de s'affaïsser. Enfin un élément bulleux, net, récent, occupait le sillon gingival inférieur gauche.

Il existait un liseré blanchâtre, discret, gingival. La dentition était bonne, excepté la carie d'une dernière molaire.

La salivation était excessivement abondante : la malade, qui évitait d'avaler en raison de la dysphagie, trempait ainsi de nombreux mouchoirs. L'haleine était légèrement fétide.

Il y avait des adénopathies sous-maxillaires et carotidiennes bilatérales, à prédominance gauche : les ganglions étaient durs, douloureux, ne manifestant aucune tendance à adhérer à la peau.

La température rectale oscillait entre 37°8 et 38°. L'état général était légèrement altéré, du fait de la difficulté de l'alimentation.

L'examen physique ne révélait aucune atteinte des divers parenchymes : la diurèse était satisfaisante et les urines ne contenaient ni sucre ni albumine.

Il s'agissait enfin, d'une malade soignée par un de ces auteurs depuis deux ans, et on ne relevait dans ce passé proche que l'ablation d'un adénome du sein, qu'un traumatisme du genou, mais aucune infection prolongée.

Nous essayons par des recherches de laboratoire portant sur les lésions buccales et sur le sang, de préciser la nature d'un tableau clinique, fait uniquement de l'apparition récente de bulles sur toute la muqueuse buccale, avec apparition et persistance d'ulcérations blanchâtres, douloureuses, avec retentissement ganglionnaire et sans grande atteinte de l'état général.

a) La diphtérie était facile à éliminer, bien que l'aspect des lésions ulcéreuses blanchâtres pût y faire songer, mais l'existence de bulles initiales ruinait une hypothèse, définitivement écartée par la négativité du prélèvement pharyngé.

b) Les plaques muqueuses spécifiques ne se discutaient guère de par l'allure même des lésions. Par ailleurs, il n'y avait pas de lésions cutanées, pileuses, viscérales, neurologiques, pouvant faire songer à la syphilis. Les réactions sérologiques furent négatives.

c) Le prélèvement de sérosité bulleuse et de l'enduit qui

recouvrait les ulcérations fut examiné par le docteur Martin, qui constata l'absence d'association fuso-spirillaire. Par contre, il décela de nombreux pneumocoques. Nous notions ce résultat mais nous ne pouvions nous contenter du diagnostic de stomatite pneumococcique, en dehors de toute infection prononcée.

d) L'examen de sang montra par ailleurs une anémie légère à 3.800.000 hématies par mm³, une leucocytose normale à 7.300 avec formule normale.

lymphocytes	14 %
monocytes	6 %
moyens mononucléaires	7 %
polynucléaires neutrophiles ..	72 %
polynucléaires éosinophiles ...	1 %

avec des temps de saignement et de coagulation normaux.

L'absence de leucopénie éliminait l'agranulocytose contre laquelle s'inscrivait aussi la discrétion du syndrome infectieux.

e) L'absence de placards cutanés érythémateux à vésicules, de douleurs névralgiques, ne plaidait pas pour un zona des nerfs maxillaires, d'ailleurs exceptionnel.

f) Les caractères mêmes des éléments nous permettaient d'éliminer les stomatites herpétiques et aphteuses.

Nous nous trouvions, au point de vue séméiologique, devant des lésions rappelant le pemphigus, mais l'étiologie de cette stomatite pemphigoïde nous échappait, d'autant qu'en réponse à nos questions, la malade affirmait n'avoir ingéré aucun médicament.

Durant tout le mois d'août, nous avons assisté à l'extension des bulles et des ulcérations qui envahirent le pharynx, le voile, le palais, les gencives, les joues, la langue, entraînant des douleurs intolérables et interdisant une alimentation normale.

De petits éléments similaires occupaient les fosses nasales accroissant les troubles fonctionnels.

L'état infectieux ne s'aggravait guère, mais l'état général était sérieusement touché, malgré des efforts d'alimentation rectale.

Au début de septembre, la malade avoue enfin nous avoir caché un traitement de 10 injections intra-veineuses de crisalbine (de 0 gr. 05 à 0 gr. 20 jusqu'à un totale 2 gr). Elle avait présenté de la diarrhée dès le début de cette thérapeutique, poursuivie néanmoins malgré l'apparition d'un prurit généralisé et d'une plaque d'érythrodermie sur la jambe droite. Ces phénomènes cutanés avaient cessé quinze jours après la dernière injection faite en fin juin.

Le diagnostic, retardé par les réserves intempestives de la malade malgré nos demandes répétées, s'imposait enfin : nous étions en présence d'accidents buccaux, tardifs, mais prolongés de l'autothérapie.

Durant cinq mois, nous avons assisté à l'évolution tenace, désespérante, de cette auride buccale pemphigoïde. Nos interventions thérapeutiques devaient se borner à stimuler les fonctions d'élimination (boissons abondantes, diurétiques légers), à remonter la masse sanguine (méthode de Whipple), à soutenir l'état général, à empêcher l'infection locale, à désensibiliser la malade par l'autohémothérapie.

Malgré ces soins, les éléments bucco-pharyngés se renouvelaient avec un rythme désespérant.

Vers la fin d'octobre, il y eut une amélioration notable : on n'observait plus que 7 à 8 ulcérations peu douloureuses, mais tous les quatre, cinq jours, une nouvelle bulle apparaissait brutalement, avec son cycle évolutif habituel.

L'état général s'était fort amélioré par ailleurs, avec relèvement globulaire à 4.200.000 hématies par mm³. La température ne dépassait plus 37° 5. La sédation des phénomènes locaux permettait une alimentation normale.

Une nouvelle série d'autohémothérapie parut amener en décembre une amélioration très voisine de la guérison, que nous considérions comme définitive aux premiers jours

de 1934, huit mois après la première injection de crisalbine.

Il est un dernier point que nous devons préciser, **non** pour critiquer la mise en œuvre de la thérapeutique aurique par un confrère, mais pour discuter la nature de ces accidents.

Cette femme n'avait jamais présenté de température avant la mise en œuvre de la thérapeutique aurique. Elle n'avait présenté, ne présentait, et ne présenta aucun signe clinique, biologique et radiologique de tuberculose pulmonaire.

Observation n° 11

M. le Professeur Lemaître et M. le Docteur Aubin

Le malade, âgé de 45 ans, bacillaire depuis cinq ans qui a été soigné en septembre dernier par 20 injections d'allochrysine. Au bout de deux mois de traitement, après la septième injection, il a commencé à présenter des douleurs et des modifications de la muqueuse buccale et laryngée.

On a fait le diagnostic de stomatite aurique : diffuse, blanche et douloureuse.

Diffuse parce qu'elle atteint aussi bien la langue, les joues, les gencives et un peu les lèvres. Elle est blanchâtre, et elle prend l'aspect lichénoïde, c'est-à-dire d'une véritable **kératose**, mais qui présente un aspect de réseau de feuilles de fougères, de dentelle fine... que l'on trouve surtout, extrêmement net au niveau de la face interne des joues. Enfin, elle est douloureuse, c'est le caractère distinctif et propre aux stomatites auriques. Les douleurs ont été intenses, le malade mangeait très difficilement et présentait des irradiations extrêmement pénibles dans la langue et dans les lèvres. Quand nous avons vu la stomatite, les cordes étaient rouges et présentaient de toutes petites modifications de parcelles blanchâtres. Ce n'était pas un

réseau aussi beau qu'au niveau de la muqueuse buccale, mais tout de même on notait des traces blanchâtres et siégeant en particulier sur la langue et au niveau de la commissure postérieure.

Nous avons fait une biopsie des lésions glottiques et nous avons constaté que cliniquement la stomatite aurique est lichénoïde au point de vue anatomo-pathologique. Elle est lichénoïde, c'est-à-dire qu'on y trouve les trois caractères particuliers au diagnostic du lichen : hypertrophie du corps muqueux, papilles en coupoles, et production de ces amas blanchâtres qui donnent aux muqueuses un aspect particulier.

Le quatrième caractère du lichen est la présence d'une infiltration dans les bourgeons interpapillaires et dans le corps muqueux. Le seul signe distinctif qui permette pour quelqu'un de peu entraîné de reconnaître le lichen aurique c'est que cet infiltrat ne pénètre pas le corps muqueux, il reste au contraire un peu à distance de ce corps muqueux et est uniquement localisé aux noyaux intermédullaires.

CONCLUSION

Les conclusions auxquelles nous aboutissons sont les suivantes :

1° Les sels d'or provoquent des stomatites : bénignes ou graves.

2° Les stomatites auriques sont douloureuses, diffuses, lichéniennes.

3° Elles se présentent sous différentes formes :
érythème à localisation buccale,
gingivite exfoliatrice ulcéreuse,
stomatite érythémato-pultacée avec glossite marginale ulcéreuse,
forme bulleuse à type de pemphigus,
stomatite ulcéreuse de Vincent avec association fuso-spirillaire,
stomatite toxique, érythémateuse, purpurique, exulcéreuse,
stomatite nacrée.

4° Les stomatites auriques tiennent soit à l'action toxique des sels d'or, soit à l'influence de l'intolérance individuelle, soit enfin au biotropisme direct.

5° Dans le cas de stomatite nacrée, il s'agit le plus souvent de lichen plan buccal déclenché par les sels d'or.

Vu le Doyen,
ROUSSY.

Vu le Président,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur, l'Inspecteur de l'Académie,
J. PERRON.

BIBLIOGRAPHIE

- Ameuille.** — *Les accidents de l'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire et leur portée.* (Paris Médical, 1932, t. I. p. 33).
- Ameuille et Klotz.** — *Aurothérapie de la tuberculose pulmonaire* (disc. Léon Bernard-Rist), (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 28 novembre 1930).
- Amodeo Amedeo.** — *Stomatite aurica.* (La Stomatologia, septembre 1928, n° 9, p. 1004).
- Amodeo (N.A.).** — *Stomatite aurica.* (Stomatol. 26 septembre 1928, p. 900-904).
- Asdéry.** — *Les aurides biotropiques.* (Paris Médical, 21 janvier 1933, p. 62).
- Aubin et Lemaitre.** — *Un cas de stomatite et laryngite aurique.* (Société de Laryngol. des Hôp. de Paris, séance du 20 février 1933, in : *Annales d'Oto-laryngol* juin 1933, n° 6, p. 734).
- Augé (X.) et Batier (A.).** — *Un cas de stomatite aurique,* (Le Courrier Médical, 10 janvier 1932, n° 2 p. 17).
- Bertier (L.) et Bocquillon.** — *Accidents cutanés et multiples graves, brusques et prolongés, consécutifs à un traitement par les sels d'or. Alapécie totale persistante, avec larges placards de lichen plan.* (Bull. de Soc. franç. de Derm. et Syph. 10 novembre 1932, p. 1335).

Bezançon, Braun et Azoulay. — *Essai de traitement de la tuberculose pulmonaire par le thiosulfate d'or.* (Revue de la Tuberculose, avril 1926).

Bloom (D.). — *Dermatite consécutive à l'administration d'or.* (Arch. of Derm. a, Syph., XXIII, n° 6, juin 1931, p. 1137).

Blum (Paul) et Nadal. — *Lichen plan cutané et muqueux déclenché par l'or, hyperpigmentation consécutive.* (Bull. de Soc. Franç. de Derm. et Syph. 12 novembre 1931, p. 1334).

Carrière (G.). et Huriez (Claude). — *Un accident rare de l'aurothérapie, la stomatite pemphigoïde.* (Société de Médecine du Nord, séance du 26 janvier 1934, L'Echo Médical, du Nord, n° 9, 4 mars 1934).

— *Un accident rare de l'aurothérapie la stomatite bulleuse à type de pemphigus.* (Gazette des Hôpitaux, n° 13, 14 février 1934).

Caussade et Drouet. — *Erythrodermie exfoliante généralisée à la suite de traitement par les sels d'or.* (Bull. de Soc. franç. de Derm. et Syph. n° 3, mars 1931, p. 332).

David et Senellart. — *Lichen plan post-aurique.* (Journal des Sciences Médicales de Lille, n° 28, 15 juillet 1934).

Du Castel (J.) et Debroise (G.). — *Aurides ulcéreuses de la muqueuse buccale* (Archives hospitalières, juillet 1933, p. 209).

Forestier (J.). — *Les rhumatismes polyarticulaires de l'adulte et leur traitement par les sels organiques d'or.* (La Presse Méd. n° 40, 20 mai 1931, p. 735).

Fournier (Louis) et Boltanski (Etienne). — *Stomatite aurique.* (Revue de stomatologie, décembre 1926).

Freguel. — *Stomatite aurique.* (Bull. médico-climatique de Cambo, n° 17, 1^{er} trimestre 1931, p. 39).

— *Stomatite aurique*. (Courrier Médical, II, octobre 1931).

Gaté (J.). — *Toxidermie à forme d'hydroa vraisemblablement consécutive à un traitement par la sanocrysine*. Soc. Nationale de Méd. et des Sciences méd. de Lyon (séance de 19 mai 1926. Lyon Médical 1926).

Gaté (J.) et Barral (Ph.). — *Enanthème bulleux à type d'hydroa buccal au cours d'une intoxication aurique in accidents cutanés et muqueux déterminés par la sanocrysine*. (Lyon Médical, 7 octobre 1928, n° 41, p. 431).

Gougerot, Burnier et Photinos. — *Eruption lichénoïde (lichen plan déformé) et stomatite leucokératosique ulcéreuse aurique*. (Bull. de Soc. franç. de Derm. et Syph. n° 3, mars 1929, p. 254).

— *A propos du malade atteint d'éruption lichénoïde déclenchée par l'or. Transformation en lichen plan thyphique*. (Bull. de Soc. franç. de Derm. et Syph. n° 4, avril 1929, p. 356).

Gougerot et Burnier. — *Révision de la stomatite nacrée aurique; fréquence du lichen plan buccal déclenché par l'or*. (Bull. de Soc. franç. de Derm. et Syph. 12 novembre 1931).

Gougerot, Cohen et Patté. — *Lichen plan et eczéma déclenchés par l'or dans les mêmes zones*. (Semaine des hôp. de Paris 9 : 149-151, march. 15, 1933).

— *Lichen plan et eczéma provoqués par l'or dans un cas de lupus érythémateux*. (Bull. de Soc. franç. de Derm. et Syph. 39, p. 1662, décembre 1932).

Gougerot et Blum (P.). — *Stomatite toxique aurique, érythémateuse, purpurique, exulcéreuse*. (Bull. de Soc. franç. de Derm. et Syph. 9 février 1933, p. 256).

Gougerot et **Burnier**. — *Eruption simultanée de psoriasis et lichen plan cutanéomuqueux post-aurique*. (Bull. de Soc. franç. de Derm. et Syph. 8 mars 1934, p. 396).

Gravier (L.) et **Gaté (J.)**. — *Lichen plan post chrysothérapique à forme atypique*. (Bull. de Soc. franç. de Derm. et Syph. 18 mai 1933, p. 1057).

Jauneau (R.). — *Les accidents de la médication aurique, leur polymorphisme*. (Thèse, Paris, 1931, n° 118).

Lebeuf et **Mollard**. — *Les aurides muqueuses et cutanées* (Presse Médicale, 13 septembre 1930, n° 74, p. 1329).

— *Morphologie des aurides. Essai de classification*. (Annales de Derm. et Syph. n° 2, février 1931, p. 214).

— *A propos du mécanisme pathogénique et du traitement des accidents cutanés et muqueux de la chrysothérapie*. (Paris Médical, n° 49, 6 décembre 1930, p. 510).

— *Les sels d'or en dermatologie et en syphiligraphie*. (Masson et Cie éditeurs. Paris, 1932).

Leroux et **Kudelski (Mme E.)**. — *Stomatite aurique*, (Société de Laryngol. des Hôp. de Paris, séance du 16 janvier 1933, in *Annales d'Oto-laryngol.* n° 4, avril 1933, p. 467).

Lewith (R.). — *Lichen reuber planus as isomorphous trritation following therapy*. (Dermat. Wehrischr. 97 : 1751-1754 déc. 16, 1933).

Lortat-Jacob et **Legrain (P.)**. — *Lupus érythémateux traité par l'or. Apparition d'un lichen plan buccal intense* (Bull. de Soc. franç. de Derm. et Syph. n° 5, mai 1931, p. 786).

Raimbault. — *Les accidents buccaux de l'aurothérapie*. (Revue de stomatologie, 35° A ; p. 144, n° 3 mars 1933).

Saenz et Castro. — *Stomatite aurique.* (Boletín de la Soc. cubana de derm. y. sífil. Cuba. II, n° 2, janvier 1931, p. 109).

Sainz de Aja (E.A.). — *Estomatitis liquenoide perstons, de origen aurico y aurides bucales* (Clin. y. Lab. 19, 177, 180, mars 1932).

Sauvan (André) et Vigne (Paul). — *Stomatite et vulvite auriques.* (Marseille Médical, n° 4, 5 février 1933, p. 194).

Tétau (J.). — *Le lichen plan, accidents des sels d'or.* (Th. Paris 1929, n° 300; Jouve et Compagnie, éditeurs, 15 rue Racine, Paris VI).

— *Les accidents cutanéomuqueux des sels d'or* (Gaz. Méd. de France, n° 12, 15 décembre 1929, p. VII).

Touraine (R.) et Ménétrel. — *Lichens polymorphes post-auriques* (Bull. de Soc. franç. de Derm. et Syph. 40, p. 261-265, 8 février 1934).

Tzanck. — *Intoxication et intolérance* (S. M. Hôp. Paris, 1930, p. 149).

Unna. — *Prophylaxe und Therapie von gingiviten und stomatiden unter besonderer Berücksichtigung des chlor-sauren Kalis,* (Derm. Wochenschr. 10 juillet 1926, p. 1015).

Vignes (P.) et Belley. — *Les accidents cutanéomuqueux de la thérapeutique par les sels d'or.* (Marseille Médical I, p. 687-691, 25 mai 1932).

Villaret, Imbert et Bezançon (Justin). — *Etude critique sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par la sanocrysine (à propos des stomatites).* Progrès Médical, 5 février 1927).

Weil (Jean). — *Les accidents cutanéomuqueux de la chrysothérapie* (L'Art Méd., 30 avril 1933, p. 15).

Imprimerie F. BOISSEAU, 34, rue du Taur. — TOULOUSE

